ESSAI SUR CETTE QUESTION :

N° 280.

COMMENT UN MÉDECIN DOIT-IL PENSER? COMMENT DOIT-IL AGIR?

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris le 24 août 1833 ;

Par Marc D'ESPINE, de Genève.

DOCTEUR EN MÉDECINE;

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Membre de la Société médicale d'observation.

Dans les choses de la nature, je veux voir, et non pas croire et imaginer.

Goethe.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.

	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie.	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, Président.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, Suppléant.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL, Examinateur. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur. JULES CLOQUET, Examinateur. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs

Bayle.
Bérard (Auguste).
Blandin.
Boyer (Philippe).
Briquet.
Brongniard.
Broussais (Casimir).
Cottereau.
Dalmas, Suppléant.
Dubled.
Guérard.

Messieurs

Hatin, Examinateur.
Hourmann, Examinateur.
Jobert.
Laugier.
Lesueur.
Mattin Solon.
Piorry.
Requin.
Sanson (aîné).
Sanson (Alphonse).
Royer-Collard.
Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

M. D'ESPINE.

A MONSIEUR

LE DOCTEUR LOUIS.

M. D'ESPINE.

ESSAI SUR CETTE QUESTION :

COMMENT UN MÉDECIN DOIT-IL PENSER? COMMENT DOIT-IL AGIR?

Avant d'entrer dans le sujet qui est le but de cette dissertation, il ne sera pas inutile, je pense, d'indiquer ce que je crois être la tendance médicale actuelle, en la comparant à celles qui l'ont précédée, et principalement à celle dont nous sortons à peine.

Depuis long-temps on a dit que la médecine était toute dans l'observation; mais c'est depuis peu seulement que cette maxime semble avoir été prise au sérieux. Il n'y a pas quinze ans encore on entendait dire à l'un des professeurs les plus habiles, les plus distingués de notre école : « Nous ferons recueillir des observations sur ce « sujet. » Un professeur aurait cru alors se compromettre, en recueillant lui-même des faits : et à qui confiait-on ce travail, le plus essentiel, la pierre angulaire de l'édifice dans toute science d'observation? à de jeunes élèves qui avaient à peine l'habitude de voir des maades, et qui, parvenus au doctorat, abandonnaient ce travail à de plus jeunes qu'eux.

Ce fut à cette époque que, dégoûté du chaos d'opinions sans preuves qui régnaient dans la science, un médecin se décida à consacrer *exclusivement* à l'observation plusieurs années de sa vie; et c'est après avoir suivi avec constance le projet qu'il avait formé, qu'il

se permit d'avancer que l'observation n'était pas chose facile, qu'elle exigeait un apprentissage; qu'une condition essentielle pour qu'elle donnât d'utiles résultats, c'est que l'observateur eût, avant tout, le profond sentiment de l'importance de la vérité et une indifférence complète pour les résultats, quels qu'ils dussent être.

De ce long et admirable travail naquirent trois ouvrages : l'un sur la phthisie; le second, contenant des mémoires sur diverses maladies; le troisième, une histoire de l'affection typhoïde. Ces ouvrages ont à mes yeux le rare mérite d'avoir pour base tous les faits sans exception qui se sont présentés à l'observateur pendant un temps déterminé; de contenir des descriptions de la plus grande exactitude, des histoires détaillées, complètes et par conséquent comparables; puis, à la place de ces hardies généralisations dont plusieurs médecins font encore grand cas, quelque chose qui, suivant moi, est bien autrement sage et philosophique, des conclusions rigoureuses exactement contenues dans la limite des faits observés.

Je ne suis entré dans quelques détails sur ces travaux que parce qu'ils furent, à mon avis, le point de départ de la nouvelle impulsion donnée. Le temps et la peine qu'ils supposent ne peuvent se comparer au travail que nécessite l'enfantement d'idées systématiques. Il faut, pour recueillir un grand nombre de faits, et les rapprocher sans leur faire dire autre chose que ce qu'ils veulent dire, une persévérance à toute épreuve et une abnégation de soi-même telle, qu'on sacrifie toute idée d'amour-propre et d'ambition au culte qu'on rend à la vérité. Ces qualités sont plus rares que le génie qui invente des doctrines. Je n'en veux pour preuves que la multitude de celles qui encombrent l'histoire de la médecine et la constituent presque en entier; à tel point qu'au dix-neuvième siècle c'est chose nouvelle que de recommander l'observation, d'en faire sentir les difficultés, de s'élever contre toute proposition qui n'est pas l'expression exacte des faits qu'on a observés. L'exemple joint au précepte, les résultats offerts en regard des divers systèmes qu'ils battaient en ruine, captivèrent l'attention d'une jeunesse pensante et vierge d'idées préconçues. Cette

jeunesse sentit que toute doctrine doit trouver sa sanction dans la nature même; l'examen fut provoqué, et l'école de Paris tendit évidemment à l'observation et à l'analyse numérique des faits.

Le premier pas est franchi, l'impulsion est donnée; mais il faut avouer que les résultats obtenus sont loin d'être encore ce qu'on a droit d'espérer qu'ils seront un jour, et la rareté des faits bien décrits est là pour attester que le métier d'observateur est difficile et demande une longue étude.

Pour recueillir une bonne observation, il faut, ce me semble, avoir sans cesse cette idée présente à l'esprit : c'est que le lecteur n'aura aucun moyen de juger de votre habileté, et qu'il devra nécessairement douter de la vérité de ce que vous lui dites toutes les fois qu'au lieu de détailler et de dépeindre les faits, vous mettrez à leur place votre opinion, c'est-à-dire, seulement la conclusion tirée de choses que vous passez sous silence. Cette règle est fondamentale; elle est la base de la critique qu'on peut faire des observations de faits dont on n'a pas été témoin; et lorsqu'on trouve une histoire de maladie qui ne la viole en aucun point, il faudrait, pour suspecter son exactitude, admettre que l'auteur a eu l'intention formelle de tromper: quelques détails vont rendre la chose évidente, et, dans ce but, je passerai en revue les différens chefs sous lesquels se range l'histoire d'une maladie.

Le tempérament est un fait complexe; ses caractères sont tirés d'une certaine manière d'être, des cheveux, des yeux, des cils, des sourcils, de la peau, etc. La mollesse ou la dureté du système musculaire est aussi quelquefois prise en considération; ensuite, comme un mot qui exprime un fait complexe n'est pas entendu par tous de la même manière, les uns attribueront plus d'importance aux cheveux, d'autres aux yeux, d'autres au mode de coloration de la peau; d'autres enfin ne tiendront pas compte de certains faits, et construiront leur tempérament de deux ou trois élémens. Je suppose maintenant que quelqu'un veuille faire un travail sur les tempéramens : il commencera par rechercher toutes les observations que pos-

sède la science pour les ajouter aux siennes, afin d'opérer sur les bases les plus larges, c'est-à-dire sur le plus grand nombre de faits possible. Eh bien! je demande de quel secours pourront lui être les observations dans lesquelles, au lieu de donner successivement la couleur des cheveux, des yeux, de la peau, etc., on s'est borné à dire tout simplement : *tempérament lymphatique*, ou *sanguin*, ou *bilieux?* D'aucun secours, absolument : il sera obligé de les écarter; et cependant n'est-il pas vrai que l'immense majorité des observations que l'on recueille, même de nos jours, manquent complètement de ces détails indispensables? Dans l'histoire des symptômes, une bonne description est de la plus haute importance, puisque c'est la base du diagnostic, et pourtant combien de fois ne s'affranchit-on pas de cette règle! Est-il question d'expectoration : que d'observations réputées bonnes, et qui se bornent à dire : *crachats péripneumoniques*, *crachats évidemment purulens*, *crachats muqueux*, *expectoration catarrhale*, etc., comme si cela prouvait quelque chose, et pouvait s'appeler une description! S'agit-il d'auscultation, même dans quelques faits où l'on a conclu à la guérison de la phthisie, on se borne à vous dire : on reconnut *une caverne à droite* ou *à gauche*; au lieu des signes détaillés de bronchites, que de fois vous voyez : *nous avons trouvé à l'auscultation des signes de bronchite à droite... à gauche!* S'agit-il de la circulation, bien souvent vous ne trouvez pas autre chose que *mouvement fébrile marqué!* Et alors le doute s'empare de l'esprit du lecteur : il se demande comment l'on s'est assuré que le mouvement fébrile existait; s'il y avait eu du frisson, si la peau était chaude ou fraîche, humide ou sèche, et il a raison de se faire toutes ces questions-là. Or, si l'observateur s'était borné à décrire ces différents points, sans même articuler le mot de *fièvre*, il en eût appris infiniment plus à ceux qui le lisent, et il leur eût donné pleine garantie de l'exactitude des choses qu'il avance.

Je n'en finirais pas si je voulais passer en revue *tous les points* où l'on trouve, dans l'exposé des symptômes des maladies, des opinions substituées à des descriptions de faits. Mêmes défauts dans la descrip-

tion des organes après la mort. S'agit-il d'une maladie du tube digestif : au lieu de dépeindre avec exactitude la lésion qu'on a sous les yeux, d'indiquer avec précision son étendue, sa situation, ses rapports avec les parties voisines, la couleur, la consistance, l'épaisseur des tissus altérés, on tranche souvent d'un seul mot les questions les plus difficiles et les plus complexes, et l'on croit avoir assez fait en disant : muqueuse évidemment enflammée, estomac squirrheux, etc.... Encore un coup, est-ce là décrire? N'est-ce pas tirer la conclusion avant d'avoir établi les prémisses?

Les mêmes remarques sont applicables à la description de tous les organes à l'état morbide; elles le sont encore, et pour les mêmes raisons, quand il s'agit d'indiquer que ces mêmes organes sont à l'état normal. Qui peut se contenter d'entendre dire : Le *tube digestif était sain?* Qu'est-ce que l'état sain du tube digestif? De combien de conditions ne faut-il pas tenir compte pour être sûr que cet état existe! et encore est-il tellement bien défini qu'il ne puisse pas y avoir à cet égard deux manières de voir? N'est-il pas fort probable, au contraire, que si cet état eût été décrit au lieu de n'être qu'indiqué, il y aurait eu trois ou quatre opinions différentes résultant des termes mêmes de la description?...

Et d'ailleurs, fût-on d'accord aujourd'hui sur les expressions, *l'organe est sain* ou *enflammé*, etc..., le sera-t-on demain, le sera-t-on dans vingt ans, lorsque la science aura fait de nouveaux pas? Non, certes; et alors quelle valeur aura l'observation qui s'exprima ainsi? Aucune : elle sera à bon droit reléguée parmi les stériles produits d'une théorie surannée.

Il n'en est pas de même d'une bonne description; sa valeur persiste, elle est intrinsèque, car elle est la peinture d'un fait, et non pas son explication trop souvent mensongère.

Ce que je viens de dire suffit pour montrer combien il est important de se borner à décrire dans une observation, sans jamais remplacer la description par un jugement. Je crois aussi avoir suffisamment établi que la plupart des observations réputées bonnes, qui se

publient de nos jours, manquent fréquemment à cette règle importante.

A ce précepte de ne jamais substituer une opinion au narré pur et simple des faits, j'en ajouterai deux autres. Il faut qu'une observation soit assez complète pour que ceux qui s'en serviront puissent en tirer parti; il faut ensuite qu'elle soit rédigée avec clarté et concision. L'art de dire beaucoup en peu de mots, sans nuire à la clarté, est un talent que peu d'hommes possèdent: aussi est-il fort peu d'observations dont la lecture ne fatigue pas l'attention même d'un homme attentif.

Nous venons de parler de l'observation, de ce qu'elle doit être; nous avons fait voir combien la plupart des observations modernes laissent encore à désirer : la critique ne s'appliquait qu'à celles qui passent pour bonnes. Quant à celles qui font majorité dans tout répertoire complet des faits qu'on peut rassembler sur un point quelconque de la science, qui constituent le fond de ce que plusieurs médecins appellent *les riches matériaux de la science*, ces observations qui disent, par exemple : « Je reconnus une névralgie faciale; j'administrai tel remède, et je la guéris, » je n'ai pas entendu en parler; elles sont au-dessous de toute critique.

Mais si l'observation est le point de départ nécessaire de tout travail; si les faits sont des matériaux indispensables à l'édification de la science, ils ne la constituent pas à proprement parler. La science est l'ensemble des lois qui sont contenues dans les faits : or, pour arriver à ces lois, que reste-t-il à faire à celui qui a long-temps et bien observé? Il lui reste à voir quels sont les rapports qui lient les faits, quelles sont les différences, dans quelle proportion numérique le rapport est à la différence; car une loi n'est qu'une formule qui exprime en chiffres la valeur du rapport constant qui lie entre eux un certain ordre de faits. Ce travail est l'analyse numérique; c'est ce qu'on appelle aujourd'hui *méthode numérique*. L'impartialité inflexible que cette méthode puise dans son essence même, lui a fait quelques ennemis; mais avant de parler des objections qu'on lui adresse, disons quelques

mots de ce qu'elle doit être, et de l'usage qu'on en fait de nos jours. L'analyse numérique nécessite d'abord, pour être employée, un nombre suffisant de faits de même espèce, et recueillis avec soin; puis il faut en classer les élémens sous différens chefs communs à toutes les observations, afin de permettre à l'attention de s'occuper séparément et successivement du rapport qui les lie sous le point de vue d'un seul de leurs élémens : c'est dire, en d'autres termes, qu'un tableau synoptique est indispensable à ce genre de travail. Chaque colonne ayant été analysée à part, on les compare les unes aux autres; et de cette manière on a mis en rapport les faits sous chacune de leurs faces.

Certaines questions exigent, pour être éclairées, un beaucoup plus grand nombre de faits qu'il n'en faut pour d'autres points : ainsi, telle règle qui reposera sur l'analyse de cent observations, pourra avoir le même degré de certitude que telle autre qui résultera du rapprochement de deux ou trois cents faits. Quelques considérations me paraissent rendre raison de cette différence.

Il est des questions auxquelles une partie seulement des observations peut répondre : aussi tous les rapports que fournit une analyse n'ont pas la même valeur.

Le nombre des faits doit être proportionnel au nombre des élémens qui compliquent la question qu'on veut résoudre.

Plus il y a de diversité, ou moins il y a d'identité entre les observations qu'on a recueillies, plus il faudra de faits pour formuler des règles.

Quelques développemens achèveront de me faire comprendre.

Je suppose que j'aie à faire l'histoire de la pneumonie avec cent observations : si je cherche à évaluer le degré de fréquence d'un symptôme, des crachats rouillés, visqueux, demi-transparens, par exemple, comme toutes les observations doivent répondre à cette question, si ces crachats ont manqué dans dix cas, $\frac{90}{100}$ exprimera le degré de leur fréquence, j'aurai le plus grand dénominateur possible; ce rapport sera un des plus certains. Je veux ensuite savoir quelle est la méthode thérapeutique qui a donné le moins de mortalité. Vingt-cinq

individus ont été traités par la méthode expectante, vingt-cinq par la méthode antiphlogistique, vingt-cinq par le tartre stibié à haute dose, vingt-cinq par les méthodes antiphlogistique et rasorienne réunies : il est clair que mes proportions de mortalité, que je compare entre elles, n'auront que vingt-cinq pour dénominateur; que pour savoir quelle est la mortalité de la pneumonie traitée par telle ou telle méthode, je ne pourrai opérer que sur le quart des faits; que le rapport enfin que j'obtiendrai pour répondre à cette question aurait dû reposer sur un nombre quatre fois plus considérable, pour avoir le degré de certitude qu'avait celui qui indiquait le degré de fréquence d'un symptôme.

Le même exemple peut nous servir pour faire comprendre le second point. La question de savoir quelle est la meilleure thérapeutique à adopter, est une de celles qui exigent le plus grand nombre de faits, parce que les élémens qui la compliquent sont nombreux, et obligent à faire un certain nombre de divisions et subdivisions. Ainsi le dénominateur, réduit à 25, à cause de la diversité des procédés thérapeutiques employés, va encore diminuer, par la considération de l'élément de la gravité de la maladie, de l'âge des malades, de leur état de force ou de faiblesse, de l'époque à laquelle le traitement a été employé, etc...; autant de subdivisions à faire si l'on veut ne comparer que des objets comparables, et arriver à des résultats d'utilité pratique. C'est ainsi que le nombre total des faits qu'on possède, assez considérable pour résoudre une question simple, devient insuffisant lorsque la question est compliquée; et c'est là sans doute une des causes de l'immense difficulté que l'on rencontre dans les questions thérapeutiques.

Les mêmes remarques sont applicables, lorsque, indépendamment de ce qui a trait à la thérapeutique, la diversité des faits se rencontre à propos d'une même maladie. S'agit-il de l'hypertrophie du cœur, par exemple : comme elle peut avoir lieu pour une ou plusieurs cavités, que celles-ci peuvent être rétrécies, dilatées, que les divers orifices peuvent être à l'état sain où à l'état morbide, etc., il

est clair qu'il faudra, pour éclairer la question, autant de séries de faits qu'il y a de lésions possibles; c'est-à-dire qu'il en faudra bien plus que si l'hypertrophie du cœur était toujours constituée, par exemple, par un simple épaississement de ses parois, sans changement dans ses cavités ou ses orifices.

Avant de terminer cette ébauche, sans doute fort incomplète, de la méthode numérique, je veux répondre à la seule objection raisonnable qu'on puisse lui faire. On dit qu'elle ne travaille jamais que sur des nombres limités; que ce n'est pas une raison parce que cent, mille faits d'une telle espèce ont tels rapports, pour qu'on soit parfaitement certain que ces rapports seront constans, s'appliqueront aux faits à venir de même espèce.

Nous répondrons que nous n'avons point la prétention de donner la méthode numérique pour parfaite; il est peut-être des questions qu'elle ne parviendra jamais à éclairer : nous prétendons seulement que là où elle devient impuissante, là aussi il faut renoncer à tout espoir de découvrir la vérité. Nous avouons qu'il serait plus satisfaisant de baser son analyse sur l'énumération complète des faits ; mais tout en confessant que cette méthode n'est pas tout ce qu'on voudrait qu'elle fût, nous prétendons qu'elle est le seul instrument de progrès qui soit placé dans nos mains, qu'elle est le contrôle nécessaire de toutes les assertions : en effet, la méthode numérique, appliquée à un nombre suffisant de bonnes observations, nous donne-t-elle autre chose que le produit le plus net et le plus exact possible de la meilleure expérience possible? Je ne m'adresse qu'à ceux qui veulent que la science provienne des faits, et je leur demande ce qu'ils pourraient exiger de plus.

Le nombre des analyses numériques portant sur des faits récemment observés, n'est pas encore très-grand, et ce que je viens de dire doit en faire comprendre la raison; mais il est un genre de travail qui serait éminemment utile, et auquel on s'est peu livré : je veux parler de l'analyse numérique appliquée à tous les faits que possède déjà la science. En traitant ainsi chaque sujet de maladie, on arriverait à

faire l'inventaire de la science, et on apprécierait très-exactement jusqu'à quel point la médecine est riche de bons matériaux. Je ne connais qu'un seul travail où l'on se soit proposé un pareil but; c'est une thèse soutenue à Paris, en juin 1832, par mon collègue et ami, le docteur *Chaponnière*, et qui a pour titre : *Essai sur les causes et le siége des névralgies de la face.* L'auteur a passé plusieurs mois à recueillir toutes les observations relatives à son sujet, que renfermait la bibliothèque de l'École; il s'est même procuré quelques traités qu'elle ne possédait point; de telle sorte qu'il a pu avec quelque raison croire sa collection complète. Deux cent cinquante-trois observations seulement ont pu lui servir, et il m'a assuré en avoir négligé plus de quatre cents, dont le diagnostic seul était porté sans aucune description de symptômes; dans une foule d'histoires le sexe n'était pas même noté. A la fin de son analyse, l'auteur se lamente du peu de résultats qu'elle lui a donnés, et attribue cette misère à la misère même des observations, auxquelles il aurait de beaucoup préféré un nombre plus petit d'histoires plus complètes. Quoique ce premier essai ne soit pas encourageant, je crois cependant qu'il serait fort utile de faire un travail analogue sur chaque maladie, dût-on arriver à établir la misère et non pas la richesse de la science; au moins l'inventaire serait fait, on saurait mieux à quoi s'en tenir sur le passé, on sentirait mieux tout ce qu'on a droit d'espérer de l'avenir.

En cherchant à caractériser la tendance de l'époque actuelle, j'ai été conduit à exposer sommairement les principes qui lui servaient de guides. La question de la méthode que commande par sa nature une science est de la plus haute gravité, puisqu'une mauvaise direction *conduit à faux* un homme, quels que soient les talens et le génie dont il est doué.

La vie du médecin se compose de trois époques principales : une première époque d'études proprement dites, où il cherche à se familiariser avec les sciences accessoires à la médecine et avec les élémens de la médecine elle-même; il lit les opinions des autres, surtout de ceux qu'on appelle les maîtres, et cela plus pour les connaître

que pour les discuter ; il se familiarise avec certaines méthodes d'exploration ; enfin, c'est une vie toute élémentaire et purement dogmatique. Puis vient la seconde époque, époque d'examen, d'observation, de réflexion. Malheureusement elle n'existe pas pour tous ; des circonstances diverses obligent la plupart des élèves à devenir praticiens au bout de quatre années d'études. Après quatre ans d'un simple exercice de mémoire, ils retournent chez eux sans avoir pu observer par eux-mêmes, réfléchir, juger de la valeur des assertions qu'ils ont lues. En commençant l'exercice de la médecine, ils suivent la doctrine dominante, l'appliquent aussi bien qu'ils peuvent, rejetant en quelque sorte sur leurs maîtres la responsabilité de leurs actions : c'est ainsi qu'on s'explique l'immense influence pratique que peut avoir une doctrine en vogue, et surtout l'énorme responsabilité qu'assume l'auteur de cette doctrine. Cependant ceux de ces médecins qui sont doués d'un esprit sain et d'une conscience sévère, consacrent leurs premières années à juger les règles qu'ils suivent, et à les corriger par l'expérience elle-même; ils cherchent à profiter des premiers faits dont ils sont témoins, les comparent à des cas où ils ont essayé quelque autre méthode thérapeutique, et fondent ainsi sur les premières années *de leur pratique* une thérapeutique qui leur est propre. Voilà, si je ne me trompe, ce qu'on appelle l'*expérience du praticien*, expérience dont on doit tirer avantage dans tous les cas évidens, quand elle a profité à un esprit juste, mais qui est bien insuffisante pour éclairer une foule de questions thérapeutiques ; je dis plus, qui est quelquefois dangereuse, parce qu'elle peut mener à l'erreur. Quand, au lieu de confier les faits au papier, on les confie à la mémoire, voici ce qui peut arriver : ceux qui sont communs, habituels, font peu d'impression sur l'esprit ; les faits exceptionnels, au contraire, y restent profondément gravés. Quels sont, en effet, les cas que l'on entend citer de mémoire? ce sont toujours des cas rares dont on se rappelle toutes les circonstances, bien que souvent il y ait plusieurs années qu'ils ont été observés. Qu'on cherche, au contraire, à se souvenir des détails d'une autopsie ou d'une maladie encore ré-

cente, et qui n'aura rien offert de remarquable, si elle n'a pas été écrite, elle est perdue; car la mémoire fait nécessairement défaut. Il résulte de là que, lorsqu'un cas exceptionnel s'est répété deux ou trois fois, on est tenté de le prendre pour la règle.

On voit donc que, généralement parlant, rien ne peut remplacer, pour le jeune médecin, les deux ou trois années d'études fortes et sérieuses qui suivent celles des études élémentaires, et qui constituent cette seconde et importante époque, pendant laquelle se posent les bases de l'expérience et surtout du jugement et de la méthode. Vient enfin la troisième et dernière époque : c'est la *vie pratique*. Je vais dire quels sont, suivant moi, les principes qui doivent alors fonder les convictions du médecin et les règles qui doivent diriger sa conduite.

Et d'abord *comment devra-t-il penser?* J'entends par là quelles règles suivra-t-il pour former ses opinions, pour distinguer le vrai du douteux, le douteux du faux? En d'autres termes, dans quels cas admettra-t-il une vérité comme démontrée? Quand devra-t-il au contraire rester dans le doute, ou bien nier positivement affirmer la négation?

Si l'on entend par science les vérités établies, les lois basées sur un nombre suffisant de faits bien constatés, et rien de plus ; si l'on rejette de son sein non-seulement ce fatras d'opinions sans preuves que des milliers d'auteurs se sont plu à étaler dans de nombreux volumes, mais aussi les assertions qui, encore douteuses, n'ont d'autre valeur que celle d'être plus probables que leurs contraires, on pourra, je pense, sans grand risque de se tromper, dire que, nonobstant le nombre exorbitant d'ouvrages que nous avons en médecine, et dont les 40,000 volumes de la bibliothèque de l'École n'offrent qu'une collection bien incomplète, toute la science actuelle pourrait se résumer dans un nombre de pages qui ne serait pas fort considérable. Il résulte de cette considération que la quantité des lacunes qui restent à remplir est infiniment plus considérable que celle des règles que l'observation a pu établir jusqu'à présent. Ainsi donc, dans la plupart des occasions où le médecin praticien voudra porter un jugement sûr, il

sera arrêté par l'impuissance de la science elle-même : il doutera plus souvent qu'il n'affirmera; mais il pourra présumer dans un grand nombre de cas. Quoique cette règle générale paraisse facile à suivre, peu de praticiens lui demeurent fidèles. D'abord, il faut le dire, il n'y a pas eu jusqu'ici beaucoup de médecins qui, en abordant la carrière d'application, aient été fermement résolus à ne pas se faire des croyances préjugées ou basées sur des souvenirs confus; il faut, pour qu'il en soit ainsi, avoir été élevé à l'école de la rigueur; il faut que la soif du vrai et l'horreur du faux, le besoin de l'exactitude, aient été, pendant son éducation médicale, le tout de la pensée du médecin; il faut que, pendant ses études cliniques, il ait appris non-seulement à bien observer lui-même, mais à bien apprécier la valeur des observations des autres; il faut qu'il ait eu assez de bonheur pour suivre des enseignemens où on lui ait montré comment on arrive des faits aux lois, de quelle manière on doit appliquer les lois au diagnostic, au prognostic et au traitement; à quels caractères on reconnaît qu'une assertion n'est qu'une manière de voir qui ne peut entrer dans le domaine des choses vraies, qu'au contraire telle règle est l'exact résultat de tel nombre de faits observés.

Cependant il faut plus encore que de bons principes pour ne pas se laisser aller à la première classe d'erreurs que je viens de signaler; il faut aussi, durant toute la vie pratique, veiller sur soi-même, s'étudier avec soin : car l'homme est porté à se faire des habitudes, et, à force de répéter à ses malades, d'un ton affirmatif, des choses sur lesquelles il est dans le doute, il s'accoutume à son affirmation, s'identifie avec elle; et si alors son ancienne conscience scientifique se réveille, s'il fait un instant abnégation du praticien, il est tout étonné de la filière par laquelle son esprit a passé.

Il est un autre écueil qu'il faut éviter. Un certain nombre de médecins, après être sortis de l'école avec la foi à tel ou tel précepte, deviennent sceptiques à la fin de leur carrière : c'est le contre-pied des dogmatiques, dont nous venons de parler. La manière dont se développe ce scepticisme se conçoit aisément : quand on a passé le

temps de ses études sans se faire une méthode rigoureuse pour arriver à la vérité, et pour apprécier la valeur des assertions qu'on donne comme démontrées ; quand on ne sait que nier ou affirmer, et que de bonne heure on ne s'est pas persuadé qu'en bonne philosophie il faut entre ces deux extrêmes un terme moyen qui est le *doute*, là où il n'y a matière ni à affirmation ni à négation, il arrive nécessairement que dès qu'on ne trouve pas le vrai dans les applications qu'on fait de la science, sans se demander si tous les moyens d'investigation ont été épuisés, on affirme que cette science ne donnera jamais aucun résultat un peu certain, on désespère de la médecine ; on affirme qu'on ne croit pas à la médecine. Cependant, disons-le, on ne rencontre guère de praticiens instruits qui rejettent le diagnostic ; tous avouent bien que la science a fait et continue à faire des progrès dans l'art de préciser la nature et le siége de telle ou telle maladie ; mais c'est la thérapeutique qu'ils nient dès maintenant et à jamais : et pourtant quel est celui d'entre ces praticiens sceptiques qui s'est donné la peine de faire sur une grande échelle l'essai de deux, trois, quatre médicamens différens dans une même maladie, d'écrire tous ses résultats, puis de faire pour chaque série d'essais ce que j'ai indiqué plus haut en parlant de l'analyse numérique, afin de savoir où la mortalité a été la moindre, où elle a été la plus forte, où la durée de la maladie a été la plus courte, où elle a été la plus longue, où les douleurs ont persisté le plus, où elles ont persisté le moins, etc. ? Et cependant n'aurait-il pas fallu passer par ce travail ardu pour avoir le droit de dire qu'il n'y a point de thérapeutique ? Et en tout cas, plutôt que de nier, ne vaut-il pas mieux mettre la question à l'ordre du jour ?

Quelle est donc la cause qui induit ainsi en erreur un certain nombre de médecins relativement à la thérapeutique ? C'est qu'ils cherchent des règles dans les auteurs qui ont écrit jusqu'ici, et qu'ils y trouvent le même vague que celui qu'a produit dans leur esprit le souvenir confus des faits nombreux dont ils ont été témoins dans leur pratique. Il résulte de là qu'à mesure que les travaux thérapeutiques

prendront une bonne direction, suivront une marche plus rigoureuse, on verra le nombre des praticiens sceptiques diminuer; et si, par ce moyen, on n'arrive à des règles constantes que sur certains points, qu'on prouve que sur plusieurs autres les rapports varient constamment, au moins sur ceux-ci le doute sera-t-il fondé en raison, et n'exclura-t-il pas des recherches ultérieures.

Il existe enfin une troisième classe d'opinions auxquelles arrivent quelques médecins au bout d'un certain temps de pratique; c'est la négation des règles et la croyance exclusive à ce qu'on appelle le *tact médical*. On définit peu ce tact médical. On nous dit : Certains praticiens, mieux doués que d'autres, sentent sans pouvoir en rendre compte ce qu'ils doivent faire à leurs malades pour les guérir; ils en perdent beaucoup moins, ils sont beaucoup plus heureux que d'autres qui appliquent à leurs investigations et à leur thérapeutique toutes les ressources d'une grande instruction, d'un long et attentif examen, d'une logique serrée. Voilà comment on se représente un homme doué de tact médical.

Admettre qu'un médecin qui a moins d'instruction qu'un autre, qui se sert avec moins d'attention des connaissances qu'il possède, qui ne raisonne pas les élémens de la question qui se présente à lui, et qui sent par quel moyen il doit tirer son malade d'affaire sans pouvoir se rendre compte de ce sentiment; admettre, dis-je, que ce médecin a de l'avantage sur celui qui met en usage toutes les ressources de la science et de la raison, c'est faire de la médecine un art mystique et non pas une science de faits. Si c'est là ce qu'on entend par le tact médical, puisqu'il faut opter entre la science et le mysticisme, on peut sans crainte rejeter celui-ci. Il me semble voir quelqu'un qui aurait la prétention de deviner l'époque précise d'une éclipse en se livrant à sa seule inspiration, et sans s'aider des moyens que pourrait lui fournir l'astronomie. On peut donc faire plus que de révoquer en doute la réalité des succès de ceux qui possèdent, ou auxquels on accorde ce prétendu tact médical.

Et, en effet, où se créent ces sortes de réputations? Qui sont ceux

qui les propagent ? C'est dans le monde, ce sont presque exclusivement les gens du monde. Or, ne voit-on pas d'emblée que de nombreuses chances d'erreur, avec de tels juges, viennent s'ajouter à toutes celles dont les juges les plus compétens, en pareille matière, ont tant de peine à se préserver?

Le public peut-il reconnaître la nature, la gravité des maladies que traite tel ou tel médecin? sait-il le nombre de malades auxquels il donne ses soins? établit-il une balance exacte entre ses succès et ses revers? Puis, sous tous ces points de vue, le compare-t-il à tous ses collègues, puisqu'enfin il prétend porter un jugement comparatif? N'est-il pas évident que rien de tout cela ne peut avoir lieu, que les bases de l'opinion publique sont, sous ce rapport, tout à fait fautives, parce qu'elles sont incomplètes? N'est-il pas clair que la guérison d'un parent, d'un ami, d'un personnage marquant, suffit souvent pour donner une réputation de tact médical?

Voyons, au contraire, ce qui se passe sur un théâtre tout différent, en présence d'un public tout autre que celui dont je viens de parler : je veux dire les hôpitaux. Là, pas de différences entre les malades; ce sont des unités égales; le nombre de ces unités est bien déterminé; tout se fait à découvert, en présence d'un public déjà initié aux idées médicales. Eh bien! quelle est la réputation de tact médical qui se soit établie dans les hôpitaux? Les renommées n'y sont-elles pas proportionnées au savoir, au soin, à l'habileté plus ou moins grande avec laquelle le médecin indique aux élèves ses raisons de croire telle chose plutôt que telle autre, d'employer tel moyen plutôt que tel autre? et n'y voit-on pas que c'est celui qui sait le plus qui se trompe le moins?

Mais il est des hommes plus raisonnables, et pour la plupart connaissant la médecine, qui donnent un autre sens au mot *tact médical*. Suivant eux, il est des médecins qui, nés avec des sens plus délicats que d'autres, joignent à cet avantage un penchant à ne laisser rien échapper de ce qui se passe sous leurs yeux; en d'autres termes, qui sont meilleurs observateurs que d'autres, et qui, par consé-

quent, profitent mieux d'une expérience de quelques années, que d'autres de celle de toute leur vie. Tel est le second sens qu'on a donné au tact médical.

Ici ce n'est plus du mysticisme, ce sont tout simplement les meilleurs observateurs, les hommes qui se sont le mieux instruits à l'école des faits, auxquels on attribue le tact médical. Je le demande, valait-il alors la peine de créer un nouveau mot pour dire simplement que les hommes qui ont le plus de connaissances sont ceux qui se trompent le moins? Non, certes, et il y a là au contraire tout l'inconvénient de confondre sous une même dénomination deux choses parfaitement distinctes : aussi ce second sens n'est point celui qu'avaient en vue les premiers qui ont employé le mot *tact médical.* Le premier sens que nous avons d'abord indiqué est le véritable, et c'est pour le rendre plus raisonnable et plus facile à défendre que certains esprits l'ont modifié comme nous venons de le voir.

J'ai insisté à dessein sur ce sujet du tact médical, parce que j'ai vu plus d'un médecin, au bout de quelques années de pratique, mêler le sentiment à la raison, et croire à un *je ne sais quoi*, qui fait qu'il aurait plus de confiance dans tel ou tel de ses confrères, à peu près comme les malades, qui ne peuvent souvent pas se rendre compte de la confiance que leur inspire leur docteur.

Cette sorte de mysticisme est donc encore suivant moi un écueil que devra éviter avec soin le médecin qui entre dans la carrière pratique ; il devra veiller sans cesse sur ses croyances, et se répéter souvent qu'il ne doit admettre que les choses qui ont passé au crible d'une froide raison.

Comment un médecin doit-il agir ?

Il doit être conséquent à ses principes, c'est-à-dire appliquer sur tous les points, et notamment en diagnostic et en thérapeutique, les règles que l'observation et l'analyse peuvent lui fournir. Cela est de la dernière évidence, et la route à suivre dans chaque cas serait toute tracée, si la science était arrivée à un haut point de perfection. Mais, comme je l'ai dit, les cas où il existe des règles, et j'entends par là

des règles étayées sur un nombre suffisant de faits bien recueillis, ces cas sont loin d'être les plus nombreux, et trop souvent le médecin en est réduit à prendre pour guides, des motifs d'agir dont la bonté n'est que plus ou moins probable.

Faut-il alors dire avec Gaubius : *Melius est sistere gradàm quàm progredi per tenebras ?*

Avant de répondre à cette question, recherchons quels peuvent être les divers genres de présomptions qui, dans l'absence de règles bien établies, tendent à imprimer à la conduite du médecin telle ou telle direction.

Si le diagnostic est parfaitement certain, que la maladie s'offre avec un signe pathognomonique, ou qu'en l'absence de ce signe, la réunion d'autres symptômes, leur enchaînement, la marche, en un mot, de l'affection ne permette aucun doute, il n'y a pas à hésiter, la conduite du médecin est dictée par la maladie elle-même. Mais que doit-il faire si cette maladie se présente avec des caractères tels qu'il n'y ait que des probabilités plus ou moins grandes et non point la certitude en faveur de la vérité du diagnostic? Il faut prendre un parti, il faut agir, et le médecin doit, je crois, se conduire, en cas pareil, comme si le diagnostic était certain.

Que si, enfin, des symptômes se développent sans aucun ordre qui puisse faire soupçonner qu'il y a telle maladie déterminée plutôt que telle autre, il faut s'abstenir de porter un diagnostic, il faut essayer d'agir isolément sur chaque symptôme ; c'est, je pense, le cas d'appliquer l'adage de *Gaubius*, qui, suivant moi, signifie alors qu'il vaut mieux ne pas diagnostiquer que de vouloir le faire en l'absence complète de raisons plausibles. Ainsi donc il faut en matière de diagnostic se conduire, dans les cas de probabilité, comme s'il y avait certitude; c'est une circonstance où nous voyons s'établir la distinction entre l'opinion et l'action ; mais encore ici les présomptions, comme la certitude, prennent leur point de départ dans la même source, dans les règles que la science a posées.

Il n'en est pas de même en thérapeutique : aussi est-ce dans l'art

de guérir une maladie dont le diagnostic est établi que le médecin éprouve surtout de l'embarras à se tracer une ligne de conduite ; c'est ce second point qui va m'occuper maintenant.

Il existe quelques règles thérapeutiques que le médecin pourra appliquer sans hésitation ; mais, il faut l'avouer, elles sont si peu nombreuses, qu'elles peuvent à peine compter.

Le *quinquina*, dans son application à la guérison des fièvres d'accès, est le premier de nos remèdes. Découvert tout à fait empiriquement comme la plupart de ceux qui ont quelque valeur en médecine, il s'est passé de l'analyse numérique pour établir sa suprématie sur tous ceux qu'on avait employés jusqu'alors dans cette même maladie ; en effet, cette supériorité s'est manifestée si évidemment dans les faits qui se sont passés sous les yeux de tous les médecins, que l'opinion est à peu près unanime sur ce point. La règle donc exigera que le médecin emploie le quinquina ou les sels de quinine pour guérir une fièvre d'accès qu'il aura reconnue.

Mais, dans la majorité des cas, les règles manquent, et alors que faire? Quelles sont les ressources qui restent au médecin dans lesquelles il pourra trouver des motifs suffisans pour se conduire de telle ou telle manière?

Ces ressources existent et sont même assez variées.

1°. *L'expérience des siècles*. On veut dire par là *ce qu'on a toujours fait*. Ainsi, depuis bien des siècles on a l'habitude d'attaquer au début une péritonite, une pneumonie par les émissions sanguines, de telle sorte que, sauf des cas de négligence qui passent presque toujours inaperçus, on est accoutumé à ne voir des péritonites et des pneumonies que combinées avec l'élément de l'émission sanguine, et l'on est à peu près incapable de juger par soi-même de l'effet de la méthode purement expectante, pour la comparer à celle qui a été donnée par l'expérience des siècles. Il est probable que les premiers qui ont eu l'idée de saigner l'ont transmise à leurs disciples, et ainsi de suite de générations en générations ; il est aussi probable que les premiers qui ont tenté les émissions sanguines ont fait une comparai-

son plus ou moins exacte de la méthode qu'ils employaient avec quelque autre méthode que personne de nous ne connaît, et ont cru voir qu'elle leur réussissait mieux. En voilà assez pour prouver que les émissions sanguines, au début des principales maladies aiguës, sont loin d'avoir force de règle, puisqu'on conçoit aisément qu'un travail d'observation, s'il était possible sur ce sujet, pourrait démontrer aussi bien la nocuité que les bons effets de cette médication. Cependant le praticien ne négligera pas l'emploi d'une pareille ressource, et surtout ne lui en préfèrera pas une autre qui aurait encore moins de chances de succès. Enfin n'eût-elle en sa faveur qu'une infiniment petite probabilité, c'est toujours quelque chose jusqu'à ce que des raisons plus solides démontrent qu'on peut faire mieux. Le praticien, donc, dans ce cas, se gardera bien de croire; mais il agira comme s'il croyait. J'insiste sur cette phrase : *se gardera bien de croire*, car telle est la pente naturelle de l'esprit humain, que lorsqu'il est habitué dès long-temps à une conviction quelconque, il lui est souvent bien difficile d'y renoncer, même en présence de la démonstration de son erreur; or, cette démonstration n'est-elle pas sans cesse possible là où la conviction ne repose pas sur des preuves suffisantes?

2°. *L'expérience vague du praticien* est une des sources auxquelles, en général, le médecin puise le plus volontiers, dès qu'il a quelques années et même quelques mois d'existence pratique. Je crois aussi qu'elle doit être mise en première ligne parmi les ressources qui lui restent en l'absence de règles. En effet, comment empêcher l'homme le plus consciencieux, qui n'a rien trouvé dans les livres qui le satisfasse sur le cas qui l'occupe, d'employer, préférablement à tout autre moyen, celui qui lui a paru réussir le plus souvent dans sa pratique? Il n'écoutera aucun contradicteur, agira et fera bien. Cependant chacune de ces ressources a son bon et son mauvais côté; et cette dernière conduit à un écueil presque inévitable, qui est, comme je l'ai dit plus haut, de se souvenir des cas les plus frappans qu'on a eus l'occasion d'observer et de les prendre pour règle à la place des cas les plus communs et les plus nombreux que la mémoire n'a pu retenir.

Le praticien se guidera donc d'après son expérience propre ; mais, encore ici, il se gardera d'y avoir confiance absolue, sous peine de ne pouvoir plus tard se rendre à l'évidence contraire.

3°. *Les inductions tirées de la pathologie, de la physiologie et de la physique.* C'est ici que trouvent leur place la plupart des doctrines qui nous ont inondés jusqu'à ce jour. Les uns n'ont vu dans notre machine que des phénomènes physiques, et en ont déduit une pathologie qui a mené à des considérations purement physiques dans les règles prescrites aux praticiens ; d'autres sont partis des lois de la physiologie, admettant ainsi qu'une science qui est si peu avancée, si pleine d'opinions contradictoires, pourrait servir de base certaine à celle dont ils avaient la prétention d'éclaircir toutes les obscurités au moyen d'un système. Qu'on ne s'imagine pas que je parle de la doctrine dite *physiologique* en particulier, je parle de toutes celles qui sont parties d'un point de vue physiologique, et il y en a plusieurs. Ne sont-ce pas des vues physiologiques ou pathologiques sur l'état plus ou moins altéré des humeurs qui avaient fait employer des remèdes dits *évacuans*, *incisifs*, *dépuratifs*, etc., etc.?

Dans certains cas, pourtant, les applications de la physique ou de la physiologie paraissent susceptibles d'explications plus vraisemblables.

Je prends pour exemple ce qui se passe dans la syncope qui succède aux hémorrhagies abondantes et rapides. On dit que quand on a enlevé dans un temps assez court beaucoup de sang à un malade, surtout à un malade placé dans une position verticale, le cerveau, qui, comme les autres organes, a perdu sa part de cet excitant naturel, n'a plus assez de vie pour faire contracter le cœur ; de là, absence de pouls, et perte de connaissance. Si maintenant on fait étendre horizontalement le malade, le sang obéit à la pesanteur, arrive à la tête sans le secours du cœur ; le cerveau alors, mieux alimenté, réagit sur le cœur, qui recommence à battre, et le malade reprend connaissance. Eh bien ! tout en acceptant le fait thérapeutique, dont mon expérience, comme celle des autres, m'a paru

démontrer la vérité, je m'attache à l'explication assez plausible qu'on en donne pour faire voir combien elle laisse encore à désirer.

D'abord, est-il démontré que ce soit parce que le cerveau a moins de sang, que le cœur s'arrête (phénomène capital de la syncope)? S'il me plaît à dire que la disposition des fibres du cœur est telle qu'elles ne peuvent plus se contracter dès qu'elles n'ont pas à agir sur une certaine masse de sang; que si la saignée lente ne produit pas la syncope, c'est que le temps permet au sang de se reformer à mesure, et que si la position horizontale du tronc fait cesser la syncope, c'est qu'elle détermine un reflux abondant du sang de la veine cave inférieure vers le cœur, qu'aura-t-on à me répondre? C'est que mon explication ne repose sur aucun fait; que je n'ai ni démontré directement cette propriété des fibres du cœur, ni fait voir ce reflux du sang de la veine cave inférieure. On me fera le reproche que j'ai adressé à l'explication admise : c'est tout ce que je voulais; car je ne tiens nullement à la mienne; je veux seulement qu'on reconnaisse qu'elle ne sont prouvées ni l'une ni l'autre, quoiqu'au fond j'admette que la première me paraît plus plausible et plus simple.

En résumé, les inductions tirées de la physique, de la physiologie, de la pathologie, fournissent au médecin des motifs d'agir qu'il ne doit point négliger.

Ici se terminent toutes les règles médicales auxquelles je crois que le praticien doit se soumettre. Sans doute une foule de cas particuliers commanderont de les modifier; mais il n'entrait pas dans mon plan de sortir des indications générales : d'ailleurs, lorsqu'on est imbu des principes que j'ai exposés, on ne peut guère, ce me semble, manquer de prudence.

Me voici arrivé au terme de mon travail. J'ai successivement recherché quels sont les caractères qui distinguent la tendance de l'époque médicale actuelle de celle des doctrines qui naguère régnaient encore. J'ai fait voir comment cette tendance s'est développée; j'en ai rapidement signalé les principaux caractères tout en déclarant que je la regardais comme la seule qui pût sauver la science de l'état de dépérissement où l'esprit de système l'a toujours laissée. J'ai ensuite abordé

la première partie de mon sujet, les principes sur lesquels doit s'appuyer le médecin pour se faire ses opinions; j'ai signalé à cette occasion les principales circonstances qui contribuent souvent à les rendre erronées, et j'ai indiqué en même temps les moyens qui me semblent propres à faire éviter les chances d'erreur. Puis j'ai distingué les opinions réelles du médecin, d'avec les motifs d'agir qui doivent le déterminer, quand au lieu de discourir simplement sur un point de science, il est appelé à traiter son malade; j'ai fait voir qu'alors, en l'absence de règles certaines, il devait prendre pour point de départ les présomptions qui s'offraient à lui, et j'ai signalé les diverses sources auxquelles il devait puiser ces présomptions. Ayant ainsi rempli le but que je me suis proposé, je sens le besoin de dire que la nature de mon sujet m'a obligé à ne parler d'après ma conscience qu'au risque de choquer plusieurs opinions reçues; j'espère cependant que ceux de mes juges dont la manière de voir pourrait différer de la mienne me tiendront compte de la franchise dont je n'ai pas cru devoir me départir, et me jugeront moins sur la distance qui sépare leurs opinions des miennes que sur la manière dont je les ai soutenues.

DIVERSES PROPOSITIONS SUR LA MÉDECINE.

I.

Le rhumatisme offre des caractères si différens de ceux qui se présentent dans toutes les maladies dites inflammatoires, qu'il mérite d'en être séparé. L'ordre qui lui convient le mieux dans la classification nosologiste moderne est celui des fluxions.

II.

L'expérience nous porte à penser que l'affection tuberculeuse ne

reconnaît point pour cause l'inflammation de l'organe où naît le tubercule; en d'autres termes, que sa nature est autre qu'inflammatoire.

III.

On sait encore peu à quoi s'en tenir sur la nature du squirrhe en général; tout ce qu'on peut dire, c'est que l'observation est contraire à l'opinion qui considère le squirrhe de l'estomac comme un produit de l'inflammation.

IV.

On ne trouve de tubercules dans aucun point de l'économie, s'il n'en existe pas dans le poumon. Cette règle n'est encore vraie que pour les adultes et les vieillards; les travaux faits jusqu'à présent sur les enfans n'ont pas encore résolu cette question.

V.

Dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire si les fièvres intermittentes ont un siége anatomique.

VI.

L'entérite et l'affection typhoïde n'ont pas d'autre point commun que la diarrhée.

FIN.

APHORISMI.

I.

Servandum solùm quod observatum est, vel ex observatione adeò evidenter sequitur ut à nemine gnaro et benè cordato diù possit non sequi. (*Boërhaave.*)

II.

Non fingendum aut ex cogitandum, sed inveniendum quid natura faciat aut ferat. (*Bacon.*)

III.

Major adhibita fides inutilibus proprii ingenii commentationibus, quàm naturæ monitis, et observationibus, inter causas quæ innumeros usquè ac perniciosos errores produxerunt, non infirmum obtinet locum. (*Baglivi.*)

IV.

Quæ fundata sunt in naturâ, crescunt et perficiuntur; quæ verò in opinione variantur, non augent. (*Baglivi*, *Praxeos medicæ*, cap. XII.)

V.

Postquàm homines de veritate inveniendâ semel desperaverint, omninò omnia fiunt languidiora, ex quo fit ut deflectant potiùs ad amœnas disputationes, et rerum quasdam peragrationes, quàm in severitate inquisitionis se sustineant. (*Bacon.*)

VI.

Opinionum commenta delet dies, naturæ judicia confirmat. (*Cicero*, de Naturâ deorum.)